

患者様ご依頼シート

2021年2月版

ID:

ORCA (未・済) 給管帳 (未・済)

①依頼者情報	
所属・部署 (病院・事業所の方)	本人との関係 ()
氏名 (フリガナ)	()
電話番号	—
FAX番号	—
②患者基本情報	
氏名 (フリガナ)	()
生年月日	大・昭・平 年 月 日 歳 (男・女)
住所	〒 — 市
建物名・部屋番号	
駐車場	敷地内・コインパーキング・路上駐車・その他 ()
電話番号	—
保険情報	医療 社保・国保・後期高齢・生保 () 割負担 身障 (無・有 → 級) 自立支援 (無・有) 難病手帳 (無・有 → 負担額上限 円) 介護 () 割負担
要介護認定	申請なし・申請中・区分変更中・自立・要支援 ()・要介護 ()
③主介護者情報 (①と異なる場合のみ記入)	
氏名 (フリガナ)	()
住所	〒 — 本人との関係 ()
電話番号	—
④ケアマネージャー情報 (①と異なる場合のみ記入)	
所属	
氏名 (フリガナ)	()
電話番号	—
FAX番号	—
⑤サービス利用情報 (有の場合、事業所・担当者・曜日を記入)	
訪問看護	(無・有 → 【 】)
訪問リハビリ	(無・有 → 【 】)
訪問介護 (ヘルパー)	(無・有 → 【 】)
デイサービス	(無・有 → 【 】)
薬局	【 】 訪問薬剤 (無・有)

⑥ご依頼の経緯・ご要望

訪問診療の希望 本人 (無・有) 主介護者 (無・有)
 ケアマネ (無・有) 主治医の了解 (無・有)

⑦医療情報

主な傷病名	医療機関名・診療科・担当医
1	
2	
3	
4	

現在 入院中 (入院日: 月 日、退院予定日: 月 日) ・外来通院中
 今後の通院 (無・有 → 医療機関名: 診療科:)
 病名告知 (未・済 → 【本人・家族】)
 予後告知 (未・済 → 【本人・家族】)
 看取り (在宅・一般入院・緩和入院・検討中)
 急変時 (在宅での対応・救急搬送・検討中)
 バックベッド登録 (不可・可 → 【一般・緩和】)
 退院時カンファ (不可・可 → 月 日希望)
 訪問診療介入希望日: 月 日

経過

医療処置 点滴 (無・有 → 【CV・末梢】) 経管 (無・有 → 【胃瘻・経鼻胃管】)
 バルン (無・有 → Fr)
 酸素 (無・有 → リットル 会社名:)
 吸引 (無・有 → Fr) インスリン (無・有) 血糖測定 (無・有)
 褥瘡 (無・有 → 部位: 大きさ:)
 ストマ (無・有) その他 (無・有 →)
 手技の家族指導 (未・半分以下・ほぼ十分・完璧)

ADL 移動 (自立・一部介助・全介助) 食事 (自立・一部介助・全介助)
 排泄 (自立・一部介助・全介助) 入浴 (自立・一部介助・全介助)
 着替 (自立・一部介助・全介助) 整容 (自立・一部介助・全介助)
 寝たきり度 (自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2)
 認知症高齢者の生活自立度 (自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M)

スタッフ記入欄 初診日: 月 日 定期訪問: 第 () 週 () 曜日
 20 年 月 日 担当者 _____
 20 年 月 日 院長 _____